

## El *craving* en personas dependientes de la cocaína

Ana López Durán\* y Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela

**Resumen:** El *craving* es un concepto relevante en el área de las drogodependencias, pero su utilidad en el ámbito del tratamiento precisa más investigación. La evaluación del *craving* también presenta dificultades. Inicialmente se utilizaban las escalas analógicas, y en la actualidad destacan otros cuestionarios, tanto uni- como multi-dimensionales. En el presente estudio se presenta la elaboración de una escala corta para evaluar el *craving* en 115 personas con dependencia de la cocaína en tratamiento junto a un análisis de su utilidad de discriminación en función de diversas variables sociodemográficas y características del consumo. Los resultados indican que el cuestionario elaborado, de 10 ítems, presenta una estructura factorial de un solo factor y una adecuada fiabilidad, de 0.85. Al comparar la puntuación en esta escala de las personas con dependencia de la cocaína, en función de las variables sociodemográficas y características del consumo seleccionadas, destacan las diferencias en función de la vía principal de consumo y el tiempo de abstinencia en el consumo de cocaína. El presente estudio muestra la fiabilidad y utilidad de este cuestionario.

**Palabras clave:** *Craving*; dependencia; cocaína; evaluación.

**Title:** Craving in cocaine dependence.

**Abstract.** Craving is a relevant concept in the area of drug dependence, but its utility in the treatment needs more investigation. The evaluation of craving also presents difficulties. The assessment of craving was realized with analogical scales at the present time the questionnaires to assess craving are uni- or multi-dimensional. In this study, with cocaine dependence subjects in treatment, we present the elaboration of a short scale to evaluate craving in 115 persons and its discriminative utility in function of diverse sociodemographic variables and characteristics of consumption. The results indicate that the present questionnaire, the Craving Scale, consisting of 10 items, presents a single factorial structure and an appropriate reliability, of 0.85. When comparing the punctuation in this scale in cocaine dependents, in function of the sociodemographic variables and characteristics of consumption, the most relevant differences were related to the main route of administration and the time of abstinence in the consumption of cocaine. Then, this study indicates the reliability and utility of this questionnaire.

**Key words:** Craving; dependence; cocaine; assessment.

### Introducción

El *craving* es una experiencia subjetiva que es señalada por los consumidores de distintas sustancias de abuso cuando no tienen la sustancia disponible o cuando están intentando mantener la abstinencia. El estudio del *craving* empieza a analizarse desde el área de investigación de los problemas con el consumo de alcohol. Múltiples términos además de *craving* se han utilizado en lengua inglesa para describir esta experiencia subjetiva: *urge, desire, wanting, liking, needing, appetitive and aversive*, o *positively and negatively hedonic* (Drummond, 2001; Pérez de los Cobos, Santis y Tejero, 1999).

En la actualidad conocemos que con el *craving* se producen cambios a nivel fisiológico; se activan una serie de estructuras relacionadas con las funciones emocionales, motivacionales y de conducta social: los núcleos caudado y accumbens, el tálamo, la amígdala, los córtex orbitario, frontal dorso-lateral, cingulado anterior e insular (Guardia, Segura, Gonzalbo, Iglesias y Roncero, 2001).

Respecto a la definición, el concepto de *craving* ha ido evolucionando en los últimos años, pero todavía no hay una definición clara y unánime del mismo.

Drummond (2001) recoge las primeras definiciones existentes del *craving*, en las que se consideraba este concepto como la clave para la adicción, y lo que conduce al consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que se derivan del mismo. Otro de los primeros conceptos apuntados es el de *craving* como deseo muy potente o irrefrenable

de consumir una sustancia de abuso (Ramos, Tejero y Trujols, 1998; Sánchez-Hervás Molina, del Olmo, Tomás y Morales, 2001) y que implica una conducta de búsqueda de la sustancia (Halikas, Kuhn, Crosby, Carlson y Crea, 1991).

Las definiciones clásicas coinciden en señalar que el *craving* es un estado subjetivo y motivacional-emocional, que es necesario pero no suficiente para explicar la conducta de consumo de drogas en consumidores de drogas en activo, y que es el responsable del inicio de una recaída en consumidores que permanecían abstinentes (Tiffany, 1990).

Pero frente a esta asociación causal entre *craving* y consumo de drogas, destaca el planteamiento de Tiffany. Este autor parte de la existencia de datos de que hay consumidores que aparentemente no experimentan *craving*, que a una recaída no siempre le precede el *craving*, y que el *craving* no siempre lleva a una recaída en el consumo. Por lo tanto los planteamientos de que el *craving* tiene un papel fundamental en la explicación de las recaídas, no tienen tanta validez empírica como se pensaba (Drummond, 2001; Drummond, Litten, Lowman y Hunt, 2000; Ramos *et al.*, 1998; Tiffany, 1990). Concretamente Weiss, Griffin y Hufford (1995) en su estudio de validación de un cuestionario de evaluación del *craving*, concluyen que tras tres meses de seguimiento la presencia de *craving* no puede predecir una vuelta al consumo de cocaína.

Tiffany (1990) propone un modelo cognitivo en el que *craving* y consumo son fenómenos independientes, y por lo tanto no hay una relación causal entre ambos. Considera que el consumo está controlado por procesos mentales automatizados y el *craving* por procesos mentales no automatizados; el deseo aparece cuando no hay disponibilidad de la sustancia. Así, si el sujeto no quiere dejar de consumir, el *craving* va a potenciar el consumo, la búsqueda de la sustancia. Pero si

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. Galicia (España).

E-mail: [alduran@usc.es](mailto:alduran@usc.es)

quiere dejar de consumir el *craving* va a interferir en ese deseo de mantener la abstinencia.

Merikle (1999) aporta un punto de vista diferente, el de la visión que tiene el consumidor del (fenómeno) del *craving*. En un estudio con 30 pacientes evalúa su experiencia con el *craving* y qué definición hacen del mismo. Los sujetos señalan que el *craving* está relacionado con “querer intensamente algo” y relacionan el consumo de sustancias y la recaída con la intensidad del *craving*; es decir, los propios pacientes establecen una relación causal entre *craving* y recaída. Este autor al evaluar la percepción que tienen los sujetos del fenómeno, considera que hay ocho dimensiones asociadas a la experiencia del *craving*: especificidad, intensidad, expectativas de resultados positivos, intención de consumo de la sustancia, pensamientos, síntomas físicos, emociones asociadas al *craving* y estímulos. Estos últimos los agrupa en afecto positivo o negativo, disponibilidad de la sustancia y ambiente, es decir, estímulos externos o internos al sujeto. Estos conceptos son fundamentales cuando se pretende describir el fenómeno del *craving*, pero como fenómeno subjetivo, su descripción va a variar en función de los individuos.

También al analizar la percepción que tienen los pacientes, observamos que hay diferencias en función de la sustancia que consuman. Las afirmaciones que hacen los sujetos indican que el *craving* se percibe de manera diferente entre los consumidores de cocaína y los de heroína o alcohol (Satel, 1992). Los primeros consideran el *craving* como una experiencia en la que reviven los efectos positivos del consumo, mientras que los consumidores de alcohol o heroína lo definen como una experiencia negativa en la que experimentan síntomas similares a los del síndrome de abstinencia de esas sustancias.

Weaver y Schnoll (1999) señalan dos tipos de *craving*, el anhedónico y el condicionado. El *craving* anhedónico es el deseo de consumo que aparece en una situación de aburrimiento, para sentirse mejor. El *craving* condicionado es el deseo de consumo que aparece ante un estímulo asociado a consumos previos. Este tipo es muy frecuente entre los consumidores de estimulantes porque reviven las experiencias agradables asociadas a su consumo.

En general, según Pérez de los Cobos *et al.* (1999), la definición de *craving* más aceptada es la de “deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada previamente” (p. 23). Estos autores definen el concepto en función de tres características: es un proceso subjetivo, motivacional y prospectivo. Es subjetivo porque sólo podemos conocerlo a partir de la definición que hace cada sujeto; es motivacional porque mueve a realizar una conducta; y tiene carácter prospectivo porque implica anticipar la obtención de unos resultados positivos.

Las distintas definiciones de *craving* tienen aspectos en común (Sánchez-Hervás *et al.*, 2001): el *craving* es un fenómeno que forma parte de la adicción a sustancias. El deseo de consumir la sustancia va a aumentar cuando el sujeto se enfrenta a estímulos asociados a dicho consumo. El objetivo en el tratamiento debe ser detectar, analizar, afrontar y ma-

nejar los deseos de consumo, ya que estos desaparecen aunque no se produzca el consumo, es decir, romper la relación de causalidad entre *craving* y recaída.

Respecto a su utilización como criterio diagnóstico en la dependencia a sustancias, en el DSM-IV-TR no se considera como tal pero sí se señala que es un fenómeno que con probabilidad aparecerá en los problemas de dependencia. En este manual se define al *craving* como fuerte impulso de consumir una sustancia. En cambio, en la CIE-10, donde se define como un fuerte deseo o impulso a consumir una sustancia, sí se considera como un criterio diagnóstico.

La importancia de este concepto para el tratamiento de los problemas derivados del consumo de drogas también suscita discrepancias. Jiménez, Graña y Rubio (2002) y Drummond *et al.* (2000) apuntan que hay autores que consideran que tiene un papel causal en la explicación del consumo y por tanto hay relación entre *craving* y recaída, mientras que otros niegan su importancia, y por lo tanto el *craving* carecería de importancia a nivel de tratamiento.

Drummond *et al.* (2000) resumen las distintas relaciones explicativas entre el *craving* y las recaídas: son fenómenos independientes; el *craving* predice que se va a producir una recaída, pero las medidas que se utilizan para evaluarlo no son las correctas; el *craving* predice la recaída, pero sólo bajo determinadas condiciones; y el *craving* es un fenómeno subjetivo y por lo tanto no se puede predecir una recaída, pero los correlatos conductuales o autonómicos que acompañan al *craving*, o sus determinantes, moderadores o mediadores, se pueden evaluar y predecir la recaída en el consumo.

Sayette *et al.* (2000) señalan que la falta de consenso en establecer la relación entre *craving* y consumo de drogas se debe fundamentalmente a tres aspectos: hay otras variables, además del simple deseo de consumir una sustancia que están influyendo en la decisión de consumir o no; los procesos cognitivos del *craving* y del consumo de la sustancia pueden operar de forma independiente; y a la hora de investigar el fenómeno se presentan múltiples problemas por las dificultades de medición.

Tiffany, basándose en la independencia entre los procesos cognitivos del *craving* y el consumo de sustancias, considera que el *craving* no tiene un papel causal en las recaídas, pero no por ello tiene un papel irrelevante en la conducta adictiva. Aunque no tiene un papel causal, se considera que es un fenómeno colateral a la misma (Ramos *et al.*, 1998). Por lo tanto, aunque no se pueda establecer el papel del *craving* como predictor de recaídas, sí hay consenso al definirlo como un fenómeno dentro del consumo de sustancias aunque todavía está por analizar su relevancia en el mismo.

Existen múltiples modelos (Baker, Morse y Sherman, 1987; Grace, 2000; Koob, 2000; Koob y Le Moal, 1997; Robinson y Berridge, 1993; Tiffany y Conklin, 2000) para explicar el fenómeno del *craving*, pero todavía hay muchas incógnitas respecto a su definición y relevancia al explicar el consumo de sustancias. Lo que está claro es que es un fenómeno implícito en el consumo de drogas y que en la intervención terapéutica se debe de analizar con el paciente.

Para evaluar el *craving* a la cocaína se han utilizado distintos tipos de instrumentos. Inicialmente se utilizaron escalas unidimensionales de tipo analógico visual, en las que se pregunta al sujeto directamente por su deseo de consumir, como la *Cocaine Craving Scale* de Gawin y Kleber (1984), la *Minnesota Cocaine Craving Scale* (Halikas *et al.*, 1991) o la *Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses* (Voris, Elder y Sebastián, 1991). En uno de los extremos de la línea se sitúa la “ausencia de deseo” y en el otro “deseo muy intenso”. Pero este tipo de escalas analógico-visuales han sido relegadas por sus limitaciones (Pérez de los Cobos, *et al.*, 1999; Tiffany, Carter y Singleton, 2000) y en la actualidad se utilizan escalas más amplias.

Entre las escalas existentes para evaluar el *craving* destacan la de Weiss *et al.* (1995) en la que el *craving* se considera como un fenómeno multidimensional, dinámico y episódico. Consta de cinco ítems en los que se evalúan los siguientes aspectos: la intensidad del *craving*, la intensidad del *craving* durante las 24 horas previas, la frecuencia del *craving*, la reactividad del *craving* ante estímulos ambientales relacionados y la probabilidad de consumir si está en un ambiente con disponibilidad de la sustancia. Todos los ítems se centran en la evaluación del *craving* en el momento presente, y la respuesta se sitúa en una escala tipo Likert que va de cero a nueve. Señalan, entre las características psicométricas de este instrumento, que presenta un elevado nivel de consistencia interna con puntuaciones que oscilan entre 0.82 y 0.94. Tras el análisis factorial se confirma que tiene una estructura unidimensional.

Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield (1993) desarrollaron el *Cocaine Craving Questionnaire* (CCQ) que, como señalan Tejero, Trujols y Siñol (2003), es uno de los instrumentos más utilizados y señalados en la medición del *craving*. Los componentes que evalúa el cuestionario son los siguientes: deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora de los síntomas de abstinencia y pérdida de control sobre el consumo. El cuestionario es autoadministrado y consta de 45 ítems, a los que el paciente debe de responder en una escala tipo Likert que va de cero a siete, en donde el cero representa muy en desacuerdo y el siete muy de acuerdo. La evaluación se centra en el momento presente o en los últimos siete días. Respecto a las características psicométricas el instrumento presenta una validez y fiabilidad satisfactorias. Además mediante análisis factorial confirma la estructura multidimensional del *craving* (Tejero *et al.*, 2003). En cuanto a las limitaciones de este cuestionario está su extensión, lo que dificulta su utilización en investigaciones en las que el *craving* sea una variable más a medir. De aquí parte la necesidad de diseñar cuestionarios con pocos ítems y fiables como planteamos en este estudio.

El objetivo del presente estudio es doble. Por una parte, elaborar una escala corta para evaluar el *craving* en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. Por otra, ver la utilidad de la misma en función de diversas variables so-

ciodemográficas y características del consumo relevantes en estas personas.

## Método

### Participantes

La muestra está formada por 115 personas, 99 hombres (86.1%) y 16 (13.9%) mujeres, que estaban en tratamiento en seis Centros públicos de Drogodependencias de Galicia. La edad media es de 30.9 años (el rango es de 18 a 45), y llevaban una media de 11.18 años consumiendo cocaína antes de solicitar tratamiento. Fueron seleccionados de forma consecutiva entre el 23 de septiembre de 2003 y el 28 de abril de 2005. Los criterios de inclusión fueron: la cocaína es la droga principal que motiva el tratamiento, dependencia de la cocaína según criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), y llevar un mínimo de tres semanas y un máximo de seis semanas abstinente en el consumo de cocaína. Los criterios de exclusión fueron: presencia de alteraciones psicóticas graves e incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación. Inicialmente, fueron evaluados 119 sujetos, un sujeto no cumplía los criterios para el diagnóstico de dependencia de la cocaína, y tres superaban las seis semanas de abstinencia por lo que fueron eliminados del estudio.

### Instrumentos utilizados

- *Entrevista Estructurada de DSM-IV* (SCID) en su versión española (First, Spitzer, Gibbon, Williams y Smith-Benjamin, 1998), para evaluar la dependencia de la cocaína.
- Para analizar las *variables sociodemográficas y características del consumo de cocaína* elaboramos varios ítems que administramos al inicio de la evaluación. Evaluamos entre otros aspectos: sexo, edad, edad del primer consumo de cocaína, años que lleva consumiendo cocaína, frecuencia en el consumo de cocaína en los seis meses previos al inicio del tratamiento, vía principal de consumo, tiempo de abstinencia en el consumo de cocaína, realización de tratamientos previos por consumo de drogas, y si consumió heroína alguna vez en su vida.
- *Escala de craving*. Esta escala es un cuestionario de diez ítems, autoadministrado y breve diseñado por nosotros que pretende evaluar varios de los aspectos más importantes del *craving*: intensidad del *craving* en el momento actual y en la semana anterior, frecuencia del *craving* durante la semana anterior, *craving* ante estímulos ambientales relacionados, probabilidad de consumo en una situación de disponibilidad de la sustancia, intención de consumo, pérdida de control en el momento de empezar a consumir, pérdida de control al tener la sustancia delante, anticipación de una mejora de la abstinencia con el consumo, y anticipación de los efectos positivos (ver tabla 1). Algunos de estos ítems proceden de las escalas de Weiss *et al.* (1995) y Tiffany *et al.* (1993). Concretamente, utilizamos los cinco ítems de la es-

cala de Weiss *et al.* (1995), introduciendo ligeras modificaciones en ellos, y cinco ítems de la escala de Tiffany (Tiffany *et al.*, 1993) centrada en la última semana, para evaluar varias dimensiones que no evalúan la escala de Weiss *et al.* (1995)

Tres de los cinco ítems de la escala de Weiss *et al.* (1995) se centran en el periodo de las últimas 24 horas. En el estudio se ha modificado por los últimos siete días para poder contemplar un periodo temporal más amplio y equivalente al utilizado en la escala de Tiffany. La escala de respuesta tipo Likert se ha establecido entre cero y diez, por ser más habitual en nuestro medio utilizar dicha escala de medida. Respecto a los ítems extraídos del cuestionario de Tiffany evalúan las siguientes dimensiones: intención de consumo, pérdi-

da de control, anticipación de una mejoría de la abstinencia y la disforia, y anticipación de los efectos positivos. El resultado final es una escala de diez ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cero a diez.

### Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados consecutivamente por los psicólogos de los Centros de Drogodependencias, entre septiembre de 2003 y abril de 2005. Si cumplían los criterios de inclusión en el estudio eran citados para ser evaluados por nosotros independientemente. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

**Tabla 1:** Escala de *craving*.

1. Señala que fuerte es tu deseo de cocaína en este momento	<b>No deseo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Extremadamente fuerte</b>
2. Señala que fuerte ha sido tu deseo de cocaína durante los últimos 7 días	<b>No deseo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Extremadamente fuerte</b>
3. Señala la frecuencia con la que has deseado usar cocaína en los últimos 7 días	<b>En ningún momento</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Extremadamente a menudo</b>
4. Respecto a los últimos 7 días, señala que urgencia has tenido de consumir cocaína cuando estabas en un ambiente que te lo recordaba (un espejo, una cerveza, una jeringuilla....)	<b>Ninguna urgencia</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Una urgencia extrema</b>
5. Imagina que estás en un ambiente en el que con antelación has consumido drogas y/o alcohol (situaciones que te recuerdan tus consumos de drogas más fuertes). Si tú estuvieras en ese ambiente en este momento, ¿cuál sería la probabilidad de que usaras cocaína?	<b>Ninguna</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Estoy seguro que la consumiría</b>
6. En general, en los últimos 7 días hubiese tomado cocaína tan pronto como hubiese tenido ocasión.	<b>Muy en desacuerdo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Muy de acuerdo</b>
7. Si en los últimos 7 días hubiese tomado un poco de cocaína, no hubiese sido capaz de parar.	<b>Muy en desacuerdo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Muy de acuerdo</b>
8. Si en los últimos 7 días hubiese tenido cocaína delante de mí, me hubiese sido muy difícil no tomarla.	<b>Muy en desacuerdo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Muy de acuerdo</b>
9. Tomar cocaína en los últimos 7 días me hubiera hecho sentir menos deprimido, cansado, irritable o inquieto.	<b>Muy en desacuerdo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Muy de acuerdo</b>
10. Tomar cocaína en los últimos 7 días habría hecho que todo pareciese mejor:	<b>Muy en desacuerdo</b> 0..1...2...3...4...5...6...7...8...9...10 <b>Muy de acuerdo</b>

### Tratamiento estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 12.0). Se realizó un análisis factorial con componentes principales y rotación ortogonal varimax. El análisis de fiabilidad se realizó mediante el coeficiente *alfa* de Crombach. Para analizar si hay diferencias significativas en función de la puntuación en la escala de *craving* se realizaron comparaciones entre medias utilizando el estadístico t o F en función de los niveles de la variable categórica o de intervalo.

### Resultados

El análisis factorial con componentes principales y rotación ortogonal varimax, señala la existencia de un único factor que explica el 47.57% de la varianza. El análisis de fiabilidad de los ítems que forman esta escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.85.

Con la administración de la escala a una muestra de personas con dependencia de la cocaína en tratamiento, la puntuación media obtenida es de 3.19, con una desviación típica de 2.34. La puntuación media oscila entre cero y diez (ver Tabla 2).

Al comparar la puntuación media obtenida en la escala de *craving* (ver tabla 3) en función de las variables demográficas y de características del consumo, se obtienen diferencias significativas en función de la vía de consumo utilizada ( $F_{(2,112)} = 4.816$ ,  $p < .05$ ) ya que los consumidores que utilizan la vía inyectada ( $n = 15$ ) tienen una puntuación media más alta que los que utilizan la vía fumada ( $n = 12$ ) o esnifada ( $n = 88$ ). La diferencia mediante la prueba post hoc de Bonferroni aparece entre la vía inyectada y la esnifada ( $p < .05$ ) (ver Figura 1).

Los resultados del estudio indican que la puntuación media en la escala de *craving* es superior a las tres semanas de abstinencia (4.16) que a las 6 semanas (3.07). En el análisis estadístico para establecer la existencia de diferencias significativas en la puntuación media en la escala de *craving* en función de las semanas de abstinencia que llevaban los sujetos de la muestra, el valor de  $F$  es de 2.637, con un nivel de significación de .053; esto es, en el límite de la significación. Al analizar como evoluciona el *craving* a medida que aumenta el tiempo de abstinencia se observa que los sujetos con dependencia de la cocaína en tratamiento que llevan cuatro semanas sin consumir obtienen una puntuación media inferior (3.16) a los sujetos que llevan tres semanas (4.16), y esta puntuación media todavía disminuye más en los sujetos que llevan cinco semanas sin consumir (1.93). En los sujetos que llevan seis semanas sin consumir se produce un incremento en la puntuación media en la escala de *craving* (3.07) respecto a los que llevan cinco semanas sin consumir (1.93), aunque sin llegar al nivel de los que llevan tres semanas sin consumir cocaína (4.16).

## Discusión

La evaluación del *craving* ha sido realizada con un instrumento diseñado específicamente para el presente estudio de sólo 10 ítems. Los resultados indican una estructura factorial de un factor y una adecuada fiabilidad de 0.85.

Es bien sabido que el *craving* es un constructo central para el tratamiento de la dependencia de la cocaína (Becoña y Vázquez, 2001; Sánchez-Hervás *et al.*, 2001). Sin embargo, su evaluación sigue siendo difícil por el propio constructo y el modelo teórico del que se parte para su evaluación (Jiménez *et al.*, 2002). Por lo tanto, es necesario definir el papel y la utilidad de este concepto en el tratamiento de los problemas con el consumo de sustancias de abuso.

Respecto a los resultados que hemos obtenido con el presente estudio, utilizando la escala de *craving* que hemos diseñado, destacamos las diferencias en las puntuaciones en este instrumento en función de la vía principal de consumo. Las personas que utilizan la vía inyectada son las que obtienen una puntuación media superior en esta escala. Por lo tanto, son los que muestran un mayor *craving*.

Es también importante destacar la existencia de variaciones en la puntuación media del *craving*, evaluado con esta escala, en función del tiempo que llevan los sujetos sin consumir; esto es, menor *craving* a medida que aumentan las semanas de abstinencia pero hay un repunte del *craving* que se produce en el presente estudio entre los sujetos que llevan más tiempo sin consumir, seis semanas de abstinencia, al igual que planteaban Gawin y Kleber (1986) al describir las fases del síndrome de abstinencia.

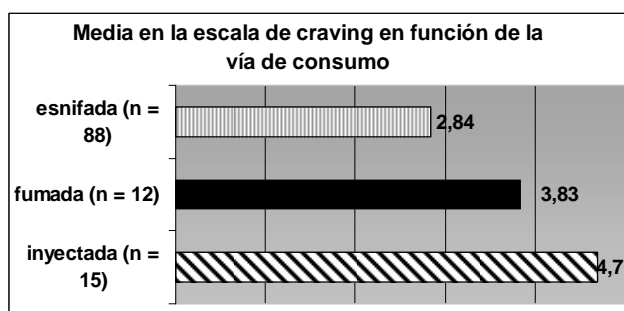
Estos autores apuntan la existencia de tres fases en el síndrome de abstinencia de la cocaína. La primera fase es la denominada “*Crash*” y tiene una duración entre nueve horas y cuatro días. Esta fase se inicia al finalizar un episodio de *binge* (consumo de importantes cantidades de la sustancia) y se caracteriza por la presencia de síntomas de depresión, ansiedad, agitación, irritabilidad, y sobre todo un intenso deseo de consumir más cocaína (*craving*). Entre 15 y 30 minutos después del último consumo el individuo empieza a sentirse deprimido y busca nuevos consumos, pero si no hay más cocaína disponible este *craving* de cocaína desaparece. Es la etapa media del “*crash*” y se caracteriza por la depresión, la fatiga, la ausencia de deseo de cocaína y por la incapacidad para dormir pero con grandes deseos de hacerlo; para ello llegan a

**Tabla 2:** Puntuaciones medias en los ítems de la escala de *craving*.

ESCALA DE CRAVING	Media	D.T.
Señala que fuerte es tu deseo de consumir cocaína en este momento	1.76	2.67
Señala que fuerte ha sido tu deseo de cocaína durante los últimos 7 días	2.37	3.13
Señala la frecuencia con la que has deseado usar cocaína en los últimos 7 días	2.18	2.98
Respecto a los últimos 7 días, señala que urgencia has tenido de usar cocaína cuando estabas en un ambiente que te lo recordaba (un espejo, una cerveza, una jeringuilla.)	2.63	3.47
Imagina que estás en un ambiente en el que con antelación has consumido drogas y/o alcohol (situaciones que te recuerdan tus consumos de drogas más fuertes). Si tu estuvieras en ese ambiente en este momento, ¿cuál sería la probabilidad de que usaras cocaína?	4.41	3.91
En general, en los últimos 7 días hubiese tomado cocaína tan pronto como hubiese tenido ocasión	2.20	3.61
Si en los últimos 7 días hubiese tomado un poco de cocaína no hubiese sido capaz de parar.	7.50	3.82
Si en los últimos 7 días hubiese tenido cocaína delante de mí, me hubiese sido muy difícil no tomarla.	4.48	4.25
Tomar cocaína en los últimos 7 días, me hubiera hecho sentir menos deprimido, cansado, irritable o inquieto	2.43	3.80
Tomar cocaína en los últimos 7 días, habría hecho que todo pareciese mejor.	1.91	3.56
TOTAL	3.19	2.34

**Tabla 3:** Puntuación en la escala de *craving* en distintas variables.

	MEDIA	D.T.	t/F
TOTAL	3.19	2.34	
SEXO			
Hombre	3.15	7.17	-.437
Mujer	3.43	8.64	
EDAD			
De 18 a 30 años	3.14	2.29	-.217
De 31 años en adelante	3.24	2.42	
EDAD PRIMER CONSUMO			
Entre 14 y 17 años	3.59	2.60	1.676
Entre 18 y 24 años	3.19	2.22	
25 años o más	2.30	2.13	
AÑOS CONSUMIENDO			
De 1 a 5 años	2.87	2.21	.254
De 6 a 10 años	3.18	1.98	
De 11 a 15 años	3.33	2.87	
De 16 años en adelante	3.35	2.43	
FRECUENCIA CONSUMO			
Menos de una vez a la semana	2.84	2.40	.214
Una o más veces a la semana	3.30	2.03	
Diariamente	3.18	2.62	
VÍA PRINCIPAL CONSUMO			
Esnifada	2.84	2.16	4.816*
Fumada	3.83	2.22	
Injectada	4.70	2.89	
TIEMPO ABSTINENCIA			
Tres semanas	4.16	2.64	2.637
Cuatro semanas	3.16	2.41	
Cinco semanas	1.93	1.53	
Seis semanas	3.07	2.11	
¿CONSUMIÓ HEROÍNA EN ALGUNA OCASIÓN?			
No	2.99	2.26	-1.406
Sí	3.67	2.53	
¿REALIZÓ TRATAMIENTOS PREVIOS?			
No	2.84	2.14	-1.779
Sí	3.61	2.53	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ **Figura 1:** Puntuación media en la escala de *craving* en función de la vía principal de consumo.

consumir múltiples sustancias como ansiolíticos, alcohol, cannabis, entre otros. En una última etapa de esta fase, sigue sin haber deseos de cocaína, el sujeto se siente exhausto, y tiene hiperfagia e hipersomnolencia. La duración de esta fase está relacionada con la duración e intensidad del *binge*, aunque también hay diferencias individuales. Gawin y Kleber (1992) señalan que la depresión, la fatiga y la hipersomnolencia posiblemente reflejan una aguda depleción de los neurotransmisores causada por el intenso consumo previo. Además, esta fase se caracteriza por tener un carácter autolimitado, siendo la desaparición de la hipersomnolencia lo que marca el final de la misma. El tiempo de recuperación va a depender del descanso, el seguimiento de una dieta adecuada y la recuperación del funcionamiento normal de los neurotransmisores.

La segunda fase es la que denominan “abstinencia”, y dura de una a diez semanas. La fase inicial se caracteriza por una normalización del sueño y del estado de ánimo (eutimia), disminuye la ansiedad y el *craving* continua siendo bajo. Ante esta situación el sujeto cree controlar el consumo de cocaína y siente una gran confianza en sí mismo (Van Meerten y De Bie, 1997).

Pero hay una segunda etapa en la que se inicia gradualmente un síndrome disfórico caracterizado por un intenso aburrimiento, amotivación, anhedonia y baja activación. Hay un incremento de la ansiedad y la irritabilidad, aparece nuevamente un intenso deseo de cocaína que tiene un carácter compulsivo (el *craving*), y juegan un papel importante en que se produzca una recaída los estímulos asociados previamente al consumo de cocaína (estímulos condicionados), ya que ante su presencia el sujeto recuerda los efectos eufóricos de consumos pasados. Este aumento del deseo de consumo de cocaína, coincide temporalmente con el incremento de la puntuación en la escala de *craving* que hemos encontrado en el presente estudio que se produce entre la quinta y la sexta semana de abstinencia.

Gawin y Kleber (1992) destacan que los sujetos son capaces de mantenerse sin consumir a pesar de los síntomas disfóricos, en cambio la recaída se produce fundamentalmente cuando recuerdan los efectos eufóricos que produce la cocaína cuando se enfrentan a los estímulos condicionados al consumo. Si se produce la recaída aparece la repetición de un mismo patrón: *Binge* – *Crash* – Eutimia – Síndrome disfórico – *Binge*.

Si no se produce una recaída en los consumos, se pasa a una tercera fase denominada “extinción” y que tiene una duración indefinida. En esta fase se produce nuevamente una normalización del estado de ánimo, y el deseo de consumir cocaína tiene un carácter episódico y está fuertemente relacionado con la presencia de los estímulos condicionados que cada sujeto tiene asociados al consumo y que actuarán como disparadores del *craving*.

En el tratamiento de la dependencia de la cocaína es importante el manejo y extinción de estos estímulos que elicitaban la respuesta de consumo; ya que aunque en todas las sus-

tancias parece existir este *craving* condicionado, en el caso de la cocaína parece tener una importancia especial debido al fuerte poder reforzante que tiene esta sustancia, y que lleva a realizar conductas compulsivas por lo que volver a realizar un consumo social y controlado es muy difícil (San, 1996).

Por lo tanto, a pesar de no haber obtenido diferencias significativas (se sitúa en el límite de la significación) probablemente por la necesidad de un tamaño de la muestra mayor, es importante analizar cómo oscilan los niveles de *craving* a medida que avanza el tratamiento y el tiempo de abstinencia en el consumo de la sustancia, en este caso cocaína. Si se confirma que a partir de la sexta semana de abstinencia, o como señalan Gawin y Kleber (1986) en la segunda fase de

la abstinencia, hay un incremento del *craving* por la sustancia, deberíamos centrar el tratamiento en ese periodo en evitar que se produjeran nuevos consumos. En este sentido, se ha apuntado que puede ser un punto importante de intervención terapéutica, romper las cogniciones que según Merikle (1999) tienen los consumidores de sustancias de abuso, de que si hay un *craving* intenso, irremediablemente se va a producir una recaída, siguiendo así el planteamiento de Tiffany (1990) de que la aparición del *craving* no implica la aparición de nuevos consumos.

Futuros estudios deben seguir analizando la utilidad del concepto de *craving* y cómo mejorar su evaluación.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Original 2000).
- Baker, T., Morse, E. y Sherman, J. (1987). The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *The Nebraska Symposium on Motivation: alcohol use and abuse*. Lincoln (pp. 257-323). NE: University of Nebraska Press.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Drummond, D.C. (2001). Theories of drug *craving*, ancient and modern. *Addiction*, 96, 33-46.
- Drummond, D.C., Litten, R.Z., Lowman, Ch. y Hunt, W.A. (2000). *Craving* research: future directions. *Addiction*, 95(supl. 2), 247-255.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 107-113.
- Gawin, F.H. y Kleber H.D. (1984). Cocaine abuse treatment. Open pilot trial with desipramine and lithium carbonate. *Archives of General Psychiatry*, 41, 903-909.
- Gawin, F.H. y Kleber H.D. (1992). Envolving conceptualizations of cocaine dependence. En: T.R. Kosten y H.D. Kleber (Eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment* (pp. 33-49). New York: The Guildford Press.
- Grace, A. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, 95 (supl. 2), 119-128.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalbo, B., Iglesias, L. y Roncero, C. (2001). Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. *Adicciones*, 13, 415-431.
- Halikas, J.A., Kuhn, K.L., Crosby, R., Carlson, G. y Crea, F. (1991). The measurement of *craving* in cocaine patients using the Minnesota cocaine craving scale. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 22-27.
- Jiménez, M., Graña, J.L. y Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del *craving*. *Trastornos Adictivos*, 4, 209-215.
- Koob, G. (2000). Animals models of craving for ethanol. *Addiction*, 95 (supl.2), 73-82.
- Koob, G. y Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278, 52-58.
- Merikle, E.P. (1999). The subjective experience of *craving*: an exploratory analysis. *Substance Use & Misuse*, 34, 1101-1115.
- Pérez de los Cobos, J., Santis, R., Tejero, A. (1999). La medición del *craving* de sustancias psicoactivas ilegales. *Trastornos Adictivos*, 1, 22-26.
- Ramos, J., Tejero, A., Trujols, J. (1998). ¿*Craving* como elemento central o como epifenómeno de las conductas adictivas? Una revisión de la propuesta de Tiffany. *Adicciones*, 10, 217-221.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (1993). The neural bases of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, 247-291.
- San, L. (1996). Dependencia de la cocaína. En: E. Becoña, A. Rodríguez, e I. Salazar. (Coord.), *Drogodependencias III. Drogas ilegales* (pp. 41-99). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., del Olmo, R., Tomás, V. y Morales, E. (2001). *Craving* y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3, 237-243.
- Satel, S. (1992). "Craving for and fear of cocaine": a phenomenologic update on cocaine craving and paranoia. En: T.R. Kosten y H.D. Kleber (Eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment* (pp. 172-192). New York: The Guildford Press.
- Sayette, M.A., Shiffman, S., Tiffany, S.T., Niaura, R.S., Martin, Ch. S. y Shadel, W.G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, 95(supl. 2), 189-210.
- Tejero, A., Trujols, J. y Siñol, N. (2003). Evaluación del *craving* de cocaína. En: J. Pérez de los Cobos, A. Tejero y J. Trujols, *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de la cocaína* (pp. 23-50). Barcelona: Ars Médica.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Tiffany, S.T., Carter, B.L. y Singleton, E.G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, 95 (supl. 2), 177-187.
- Tiffany, S.T. y Conklin, C.A. (2000). Cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95 (supl. 2), 145-153.
- Tiffany, S.T., Singleton, E., Haertzen, C.A. y Henningfield, I.E. (1993). The development of a cocaine *craving* questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Van Meerten, R. y De Bie, E. (1997). ¿Locos por la coca? Cocaína: efectos, problemas y tratamiento. *Adicciones*, 9, 617-642.
- Voris, J., Elder, I. y Sebastián, P.A. (1991). A simple test of cocaine craving and related responses. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 320-323.
- Weaver, M.F. y Schnoll, S.H. (1999). Stimulants: amphetamines and cocaine. En: B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (105-120). New York: Oxford University Press.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L. y Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 289-301.

(Artículo recibido: 25-4-2006; aceptado: 3-11-2006)